

Rola makrogoli w wytycznych leczenia zaparć czynnościowych.

Prof. dr hab. Wojciech Cichy

Wstęp

Zaparcia czynnościowe (ok. 90% zaparć) to jedna z częściej występujących dolegliwości brzusznych w każdym wieku. Często zaczynają się we wczesnym dzieciństwie i istnieje wysokie ryzyko utrwalania się ich aż do dorosłości. Tylko u ok. 10% przypadków zdarza się, że przewlekłe zaparcia mają przyczynę organiczną.¹

W 2014 roku opublikowano wytyczne rozpoznawania i leczenia zaparcia czynnościowego u niemowląt, dzieci i młodzieży. Powstały one na podstawie stanowisk: North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN) oraz European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN).² Mimo upływu paru lat od czasu ich publikacji kontrolne badania ankietowe z roku 2018, przeprowadzone zwłaszcza wśród lekarzy pierwszego kontaktu i pediatrów w Stanach Zjednoczonych i Holandii wykazały, że stopień ich przyswojenia jest niezadowolający.^{3,4} W związku z niedostateczną znajomością i stosowaniem wytycznych NASPGHAN i ESPGHAN, w czerwcu 2022 roku opublikowano pierwsze, polskie, pediatryczne Stanowisko i zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (PTGHiŻD) w sprawie rozpoznawania i leczenia zaparcia czynnościowego u niemowląt, dzieci i młodzieży.

Podobnie przedstawia się stan wiedzy na temat stosowanego leczenia zaparć czynnościowych u dorosłych.^{5,6} Z tego powodu w 2020 r. Europejskie Towarzystwo Neurogastroenterologii i Motoryki (ESNM) opracowało europejskie wytyczne dotyczące różnych aspektów przewlekłych zaparć czynnościowych.⁵

Epidemiologia

Zaparcia czynnościowe u dzieci wahają się od 0,7% do 29,6% w zależności od kraju, w którym wykonywano badania, z medianą na poziomie 8,9%. Na podstawie najnowszych danych z 2018 roku bazujących na Kryteriach Rzymskich IV częstość występowania zaparcia czynnościowego szacuje się na 9,5% (95% przedział ufności: 7,5-12,1). W populacji dorosłych w Europie przewlekłe zaparcia są częstym schorzeniem. W populacji ogólnej zgłaszana częstość ich występowania waha się od 3% do 27%.^{6,7}

Rozpoznanie

Przy rozpoznawaniu zaparcia czynnościowego u dzieci poza IV Kryteriami Rzymskimi, według wytycznych ESPGHAN/ NASPGHAN i zaleceń PTGHiŻD należy także uwzględnić: wywiad (m.in. wykorzystując bristolską skalę uformowania stolca), obraz kliniczny, badanie lekarskie z oceną okolicy odbytu (m.in. szczeliny) i badanie per rectum oraz niekiedy swoiste badania podstawowe.

Podobną sekwencję postępowania diagnostycznego należy zachować u dorosłych.⁸ W praktyce klinicznej kluczowym zagadnieniem jest różnicowanie pierwotnych i wtórnych przyczyn zaparć. W tym celu niezmiernie istotne jest prawidłowe badanie podmiotowe i przedmiotowe. Należy przeprowadzić dokładne badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem: badania palpacyjnego brzucha w celu wykluczenia oporów patologicznych w obrębie jamy brzusznej, oraz badanie per rectum, a także niekiedy badania ginekologiczne. Nie zaleca się rutynowego wykonywania szerokiego panelu badań laboratoryjnych u pacjentów z zaparciami. Zgodnie z wytycznymi Amerykańskiego Towarzystwa Gastroenterologii (AGA, American Gastroenterological Association) jedynym zalecanym badaniem laboratoryjnym

jest morfologia krwi obwodowej.⁹ Wykonanie badań endoskopowych jest zalecane jedynie w przypadku podejrzenia zmian strukturalnych leżących u podłoża zaparć (objawy alarmowe).^{8,9}

Z praktyki lekarskiej podkreślić należy zwrócenie uwagi na dodatkowe (co prawda nie ujęte w Kryteriach Rzymskich IV) objawy: uczucie niepełnego wypróżnienia, bóle brzucha, popuszczanie stolca (retencyjne nietrzymanie stolca), wzdęcie, drażliwość, niepokój, zmniejszone łaknienie, wcześniej pojawiające się uczucie sytości, małe przyrosty masy ciała, żywa, świeża krew na stolcu jako następstwo powstania szczeliny odbytu.

Leczenie

Systemowe leczenie zaparć czynnościowych jest zależne od wieku pacjenta. U dzieci obejmuje interwencje behawioralne (np. edukacja, nauka korzystania z toalety, dzienniczek wypróżnień) i środki przeczyszczające². W terapii farmakologicznej stosujemy leki działające osmotycznie, do których należą przede wszystkim makrogole (PEG). W tej grupie zastosowanie mają jedynie te o stosunkowo małej masie cząsteczkowej (3350 Da i 4000 Da) i dużej higroskopijności. Te formy makrogolu, ze względu na swoją masę cząsteczkową nie wchłaniają się z przewodu pokarmowego. W wielu krajach – także ostatnio w Polsce¹ - glikol polietylenowy (PEG) jest środkiem przeczyszczającym „pierwszego rzutu” w leczeniu zaparć czynnościowych u dzieci i u dorosłych. Takie wskazanie jest rekomendowane zarówno w celu usunięcia zaparć, jak i w leczeniu podtrzymującym. Chociaż PEG był stosowany tylko w leczeniu zaparć przez około 3 dekady, szybko stał się najczęściej stosowanym środkiem przeczyszczającym zarówno u dzieci, jak i u dorosłych. Popularność PEG opiera się przede wszystkim na jego skuteczności, profilu bezpieczeństwa i drodze podania. W niniejszym opracowaniu oparto się na podstawowych wynikach badań dot. skuteczności i bezpieczeństwa oraz dawkowania PEG, ze szczególnym uwzględnieniem jego roli i miejsca w leczeniu czynnościowych zaparć u dzieci i dorosłych.

W badaniach porównujących skuteczność makrogoli z laktulozą stwierdzono, że dzieci przyjmujące makrogole oddawały stolec częściej oraz zgłaszały mniej działań niepożądanych (przede wszystkim wzdęć i bólów brzucha) niż dzieci otrzymujące laktulozę.

Według polskich wytycznych pediatrycznych z 2022 roku, leczenie na ogół jest dwuetapowe.

- *Pierwszy etap leczenia* zaparcia ma na celu oczyszczenie jelita grubego z nagromadzonych mas kałowych. **Według wytycznych^{1,5} lekami pierwszego rzutu są makrogole podawane w dawce 1,5 g/kg m.c. przez 3-6 dni.** Dawkowanie to jest takie samo dla wszystkich preparatów makrogoli, niezależnie od ich masy cząsteczkowej (3350 Da czy 4000 Da) oraz dodatku lub braku elektrolitów.
- *Celem drugiego etapu leczenia* jest uzyskanie, a następnie utrzymanie prawidłowego rytmu wypróżnień i konsystencji stolca. Polega on na długotrwałym podawaniu leków doustnych. Stosowanie wlewek, czopków itp. w leczeniu podtrzymującym nie jest zalecane. **Lekami pierwszego wyboru są także i na tym etapie makrogole w początkowej dawce 0,4-0,8 g/kg m.c./24 h.** Dawka ta następnie może być modyfikowana w zależności od uzyskanych efektów.^{1,10}

W pracy Serra J i wsp.⁵ stanowisko na temat bezpieczeństwa i skuteczności makrogoli w leczeniu zaparcia czynnościowego u osób dorosłych, przedstawione zostało w punkcie 41 i otrzymało brzmienie: "Solne środki przeczyszczające, zwłaszcza glikol polietylenowy (PEG), są skuteczne w leczeniu objawów zaparć u pacjentów z przewlekłymi zaparciami."

- Poziom dowodów: **mocny**
- Zalecenie: **mocne**
- Poziom porozumienia: **100%**

Co więcej, analiza Cochrane wykazała również, że PEG jest lepszy od laktulozy u pacjentów z przewlekłymi zaparciami, powodując częstsze wypróżnienia, luźniejsze stolce i mniejszy ból brzucha.

PEG zwiększa również liczbę spontanicznych pełnych wypróżnień, poprawia konsystencję stolca i zmniejsza nasilenie wysiłku defekacyjnego bez wyraźnego wpływu na ból brzucha u pacjentów z zaparciową postacią Zespołu Jelita Nadwrażliwego (ZJN-C), co dodatkowo potwierdza jego przydatność w leczeniu zaparć.

Analizowana w punkcie 42 pracy Serra J i wsp.(5) laktuloza w odniesieniu do pytania czy jest skuteczna w leczeniu pacjentów z przewlekłymi zaparciami uzyskała znacznie niższą ocenę niż makrogole tj.:

- Poziom dowodów: **niski**
- Zalecenie: **słabe**
- Poziom porozumienia: **100%**

Kardynalnymi błędami w odniesieniu do czasu terapii zaparcia czynnościowego u dzieci są:¹

- *Zbyt krótkie leczenie środkami osmotycznie czynnymi, głównie makrogolami*, czyli jedynie do momentu ewakuacji zalegających mas kałowych, do oddania pierwszego prawidłowego stolca, podczas gdy skuteczne są terapie wielomiesięczne, a niekiedy i znacznie dłuższe.
- *Gwałtowne, z dnia na dzień, przerwanie terapii* – leczenie trzeba odstawiać stopniowo, co kilka dni zmniejszając dawkę, aby móc w odpowiednim czasie zastosować korekty, a nie dopiero gdy znów dojdzie do zaparcia i ponownego wytworzenia się błędnego koła.
- *Lęk przed przedawkowaniem leku* – makrogole bardzo trudno przedawkować, gdyż ich nadmiar może spowodować jedynie przejściową, krótkotrwałą biegunkę wymagającą jedynie zmniejszenia dawki leku.
- *Lęk przed uzależnieniem od leku* – obawa przed przyzwyczajeniem się dziecka do makrogoli. Jest to pogląd niesłuszny, gdyż przyzwyczać można się do zaparcia, a nie do makrogoli.

Podsumowanie

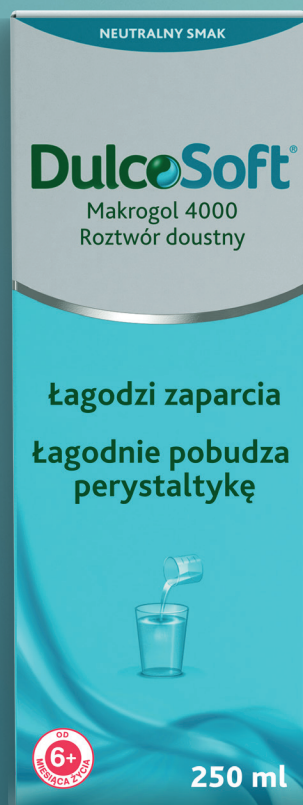
- Zaparcie to jeden z najczęstszych problemów w praktyce pediatrycznej; szacuje się, że problem ten dotyczy co dziesiątego dziecka. Zaparcie występuje również u niemal co trzeciej osoby dorosłej.
- Co najmniej 95% zaparć to zaparcie czynnościowe.
- Przed ustaleniem rozpoznania zaparcia czynnościowego konieczne jest wykluczenie tzw. objawów alarmowych.
- Najważniejszym działaniem początkowym jest oczyszczenie jelita z zalegających mas kałowych, najlepiej za pomocą leków doustnych, czyli skutecznej dawki makrogolu. Leki podawane doodbytniczo należy stosować tylko w wyjątkowych sytuacjach, choć leczenie tą drogą bywa niekiedy konieczne.
- W terapii zaparcia czynnościowego (zarówno na etapie ew. odklinowania jak i utrwalenia odruchu defekacji) należy stosować jako leczenie pierwszego rzutu skuteczne dawki makrogoli, których efektem ma być oddawanie codzienne stolca typu 3 lub 4 według skali bristolskiej.
- Leczenie należy prowadzić długo (może trwać miesiące, niekiedy lata!) – na ogół im dłużej trwało zaparcie oraz im młodsze jest dziecko, tym terapia powinna trwać dłużej. Szczególną grupę stanowią dzieci do 4-5 r.ż., z którymi nie jest łatwo się porozumieć w sprawie oddawania stolca.
- Bardzo ważne są okresowe kontrole efektów terapii u dzieci i młodzieży oraz utwierdzanie rodziców i pacjentów w przekonaniu o konieczności systematycznej i długotrwałej terapii.
- Leki należy odstawiać stopniowo, nie z dnia na dzień.
- Badania pomocnicze są z reguły zupełnie niepotrzebne.

MAMY SPOSÓB NA ZAPARCIA!

DulcoSoft®
Makrogol 4000

DULCOSOFT TO MAKROGOL 4000, KTÓRY:

Jest dostępny w płynie
do rozpuszczenia
w 150 ml dowolnego
napoju



łagodzi zaparcia
łagodnie pobudza
perystaltykę

250 ml



łagodzi zaparcia
łagodnie pobudza
perystaltykę

100 ml

Przywraca
naturalny rytm
wypróżnień



Nie zmienia
smaku napoju



Ma łagodny
efekt
(Działa w 24-72h)

WYROBY MEDYCZNE



Nie powoduje efektu
przyzwyczajenia¹¹

Piśmiennictwo.

1. Albrecht P, Banaszekiewicz A, Czerwionka-Szaflarska M., Kwiecień J. Rozpoznanie i leczenie zaparcia czynnościowego u niemowląt, dzieci i młodzieży. Stanowisko i zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. 2022, czerwiec :1-10. www.podyplomie.pl/pediatrapiodyplomie.
2. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition; North American Society for Pediatric Gastroenterology. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2014;58(2):258-74.
3. Barnes J, Coleman B, Hwang S, et al. Educational needs in the diagnosis and management of pediatric functional constipation: a US survey of specialist and primary care clinicians. Postgrad Med 2018;130(4):428-35.
4. Koppen IJN, Vriesman MH, Tabbers MM, et al. Awareness and implementation of the 2014 ESPGHAN/NASPGHAN guideline for childhood functional constipation. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2018;66(5):732-7.
5. Serra J., Pohl D., Azpiroz F. et al.. European society of neurogastroenterology and motility guidelines on functional constipation in adults. Neurogastroenterology & Motility. 2020;32:e13762:1 -33.
6. Classen M, Righini-Grunder F, Schumann S et al: Constipation in children and adolescents. Dtsch Arztebl Int 2022; 119: 697-708.
7. Koppen IJN, Vriesman MH, Saps M, et al. Prevalence of functional defecation disorders in children: a systematic review and meta-analysis. J Pediatr. 2018;198:121-30.
8. Daniluk J. Przewlekłe zaparcia – niedoceniany problem kliniczny. Gastroenterologia Kliniczna 2018; 10 (1): 1-13.
9. Bharucha AE, Dom SD, Lembo A, et al. American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. Gastroenterology. 2013; 144(1): 211-217.
10. Alshehri DB, Sindi HH, AlMusalami IM et al. Saudi Experts Consensus on Diagnosis and Management of Pediatric Functional Constipation. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2022 May;25(3):163-179.
11. Albrecht P. et al. Rozpoznanie i leczenie zaparcia czynnościowego u niemowląt, dzieci i młodzieży. Stanowisko i zalecenia PTGHiZD Pediatria Po Dyplomie 2022;3:1-10.